



MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE PURINGLA
DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO
CIERRE DE NEGOCIO



HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPUBLICA

Fecha: ____/____/____

N° 000002

En atribuciones al Art. 120 del reglamento de la Ley de Municipalidades notifico el CIERRE DE NEGOCIO descrito a continuación:

INFORMACIÓN GENERAL

Propietario: _____	Tel: _____
Nombre del Negocio: _____	Cel: _____
No. Identidad / R.T.N.: _____	No. de Permiso: _____
Dirección: _____	Clave Catastral: _____
Actividad Económica: _____	

JUSTIFICACION

Por medio de la presente notifico la Cancelación de Operaciones del negocio antes descrito a partir de la fecha: ____/____/____.

Fecha en letras: _____

POR LAS SIGUIENTES JUSTIFICACIONES

DECLARACIÓN JURADA DE VENTAS (RESUMEN EN INGRESOS EN LEMPIRAS)

Para la realización del cierre del negocio, hago la declaración de las ventas de ENERO HASTA LA FECHA DEL CIERRE DEL AÑO ACTUAL. Las cuales detallo a continuación:

DETALLE	VENTAS	PRODUCCION	SERVICIOS	OTROS
ENERO				
FEBRERO				
MARZO				
ABRIL				
MAYO				
JUNIO				
JULIO				
AGOSTO				
SEPTIEMBRE				
OCTUBRE				
NOVIEMBRE				
DICIEMBRE				
TOTAL ANUAL				

TOTAL EN LETRAS _____

AUTORIZO EL CIERRE DE MI NEGOCIO AL DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO, EN LA CUAL DOY FE QUE LA INFORMACIÓN DESCRITA ANTERIORMENTE ES FIEL Y EXACTA, PARA LO CUAL FIRMO LA PRESENTE

Firma y Sello del Contador Negocio/Fecha	No. De Identidad	No. de Colegiacion
Firma y Sello del Contador Negocio/Fecha	No. De Identidad	No. Solvencia Municipal

PERSONA QUE ENTREGA LA DECLARACIÓN: _____

DECLARACIÓN RECIBIDA POR: _____

FECHA DE PRESENTACIÓN: _____



MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO DE PURINGLA
DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO
TRASPASO DE NEGOCIOS



Fecha: _____ / _____ / _____

N° 000001

En Cumplimiento a las leyes vigentes que rigen al Municipio de Santiago de Puringla, Solicitamos que nos conceda el correspondiente CAMBIO DE DUEÑO, de un Negocio. En base al Art. 125 de la ley de Municipalidades -- "LOS CONTRIBUYENTES SUJETOS A ESTE TRIBUTO QUE HUBIERAN ENAJENADO SU NEGOCIO A CUALQUIER TITULO, SERAN SOLIDARIAMENTE RESPONSABLES CON EL NUEVO PROPIETARIO DEL IMPUESTO PENDIENTE DE PAGO Y DEMAS OBLIGACIONES TRIBUTARIAS HASTA LA FECHA DE OPERACION DE TRASPASO DE DOMINIO DEL NEGOCIO"--

INFORMACIÓN NEGOCIO		No. Permiso de Operación Actual:	
Nombre Del Negocio:		Teléfono:	
Actividad económica:		Celular:	
Dirección:			
Contador:		Inicio de Operaciones:	
Clave Catastral:		No. Empleados:	

INFORMACIÓN GENERAL ANTIGUO DUEÑO		
Propietario: _____		Tel: _____
Nombre del Negocio: _____		Cel: _____
Dirección: _____		Clave Catastral: _____
Firma del ANTIGUO Propietario/Fecha	No. De Identidad	No. Solvencia

INFORMACIÓN GENERAL NUEVO DUEÑO		
Propietario: _____		Tel: _____
Nombre del Negocio: _____		Cel: _____
Dirección: _____		Clave Catastral: _____
Firma del NUEVO Propietario/Fecha	No. De Identidad	No. Solvencia

PERSONA QUE ENTREGA LA DECLARACIÓN: _____

DECLARACIÓN RECIBIDA POR: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

N° 000001

Yo _____ con Identidad No. _____ en cumplimiento a las Leyes vigentes que rigen al Municipio de Santiago de Puringla, solicito que me conceda **PERMISO DE OPERACION POR REAPERTURA** del establecimiento, que a continuación describo:

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre Del Negocio:		Teléfono:	
Clave Catastral:		Celular:	
Dirección:			
El Inmueble donde funcionara es:		Propia() Alquilada() Otros()	
Actividad económica:		RE-Inicio de Operaciones:	
Tipo de Rotulo:		Dimensiones:	
Estimado de venta 3 meses:		Contador:	
		No. Empleados:	
SECCIÓN EXCLUSIVA	No. De Tragamonedas:		No. Maquinas Videojuegos:
	No. De Habitaciones:		No. De Mesas de Billar:
	No. De Ataris:		No. De Rockolas:
	Venta de Cervezas:		Venta de Licores:

INFORMACIÓN PROPIETARIO DEL NEGOCIO

Propietario del Negocio/ Representante legal:		Identidad:	
Clave Catastral:		R.T.N.:	
Dirección de Residencia:			
Forma de Constitución:		Persona Natural() Comerciante Individual() Sociedad()	
Celular:		Teléfono Residencial:	

INFORMACIÓN DEL INMUEBLE

Propietario:		Teléfono:	
Dirección del Propietario:		Celular:	
Fecha Ultima De Pago del Bien Inmueble:			

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS PUBLICOS

Alcantarillado:	Tren de Aseo:	Limpieza de Calles:
-----------------	---------------	---------------------

Escriba en la Casilla "SI" o "NO"

Firma del Propietario del Inmueble/Fecha		No. De Identidad	No. de Solvencia Municipal
--	--	------------------	----------------------------

NO PODRA INICIAR OPERACIONES MIENTRAS NO SE HAYA APROBADO EL PERMISO DE OPERACIÓN Y QUE ESTE SOLVENTE EN LA MUNICIPALIDAD. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA NORMA SERA MOTIVO DE NEGACIÓN DEL PERMISO DE OPERACIÓN Y MULTAS ADMINISTRATIVAS QUE DICTAN LAS LEYES CORRESPONDIENTES. SI TRASPASA, CIERRA O CAMBIA DE DIRECCIÓN DEBE REPORTARLO AL DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO. COMPROMETIENDOME A CUMPLIR CON LA LEY, NORMAS, REGLAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS QUE PERMANECEN DE LAS AUTORIDADES MUNICIPALES, JURO QUE LOS DATOS QUE DESCRIBO SON REALES PARA LO CUAL ME SUJETO A CUALQUIER INVESTIGACIÓN O AUDITORIA Y DE NO SER ASI, ACATAR LO QUE LA LEY DISPONGA, FIRMANDO

El Negocio Anterior Presente La Declaración Jurada de Cierre en Fecha:

Firma del Propietario del Inmueble/Fecha		No. De Identidad	Registro C.C.I.S.	No. de Solvencia Municipal
--	--	------------------	-------------------	----------------------------

AUTORIZACION SEGÚN CORRESPONDA LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ESTABLECIMIENTO ANTERIOR

SALUD PUBLICA	JUZGADO DE POLICIA	OFICINA DE AMBIENTE	OFICINA DE BOMBEROS
FIRMA/SELLO/ FECHA	FIRMA/SELLO/ FECHA	FIRMA/SELLO/ FECHA	FIRMA/SELLO/ FECHA

PERSONA QUE ENTREGA LA DECLARACIÓN: _____

DECLARACIÓN RECIBIDA POR: _____

FECHA DE PRESENTACIÓN: _____